

zu dem Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme Asthma/ COPD nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Verbänden der GKV Bremen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Erklärung zu angestellten Ärzten (Asthma)

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms **Asthma** zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen:

1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum

Erklärung zu angestellten Ärzten (COPD)

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms **COPD** zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen:

1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bzw. COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen:

1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer